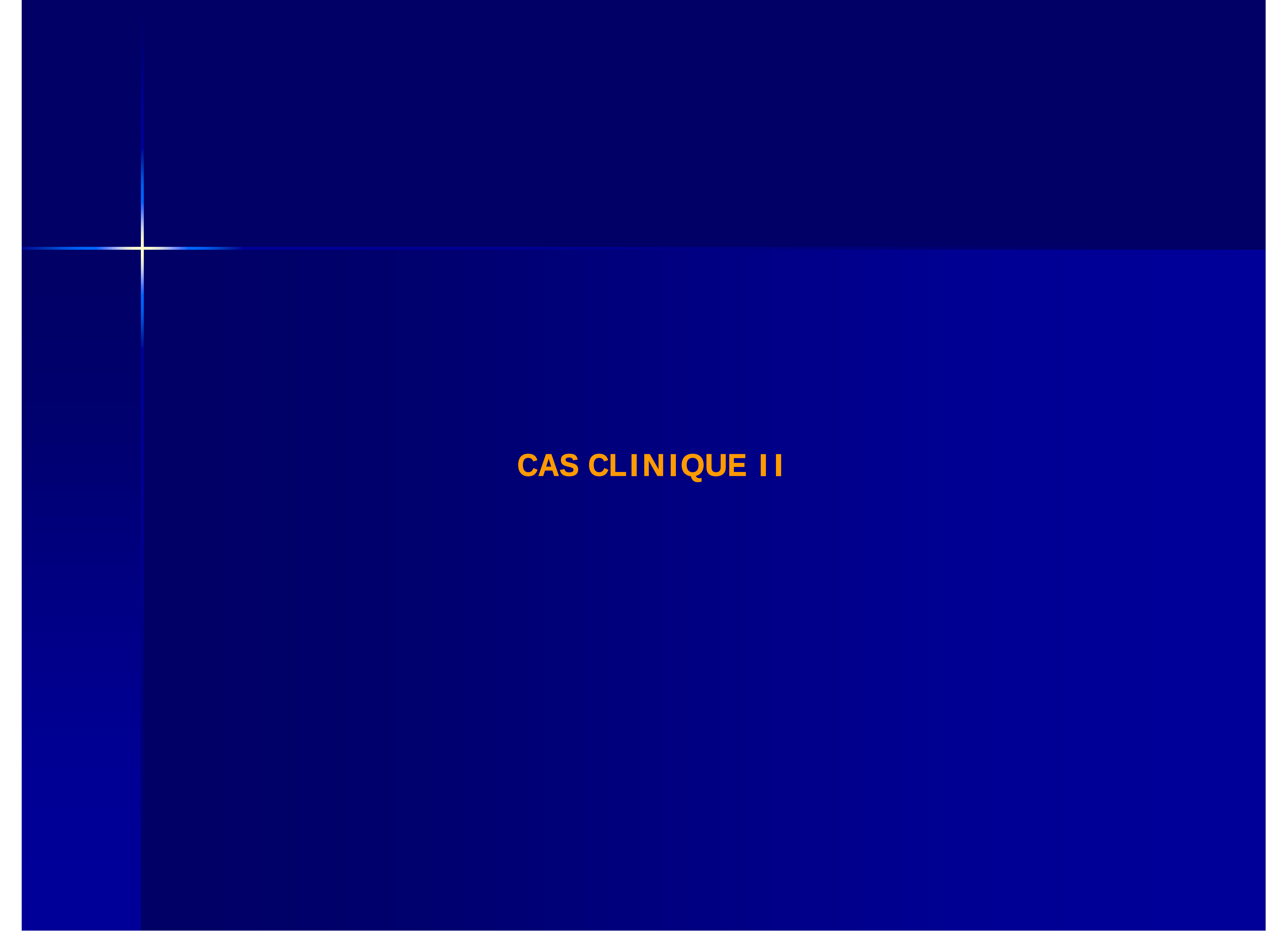

.Net
La faculté
Seek Knowledge






CAS CLINIQUE II

Patiente, 24 ans, est amenée aux urgences par son amie pour des symptômes d'asthme qui ne cèdent pas au traitement habituel.

Elle est asthmatique depuis l'enfance, traitée par salbutamol en aérosol doseur à la demande, et prend de temps en temps du budésonide 200 µg lorsqu'elle se sent gênée. Une sensibilisation aux acariens et phanères de chat a été documentée.

Elle a déjà été hospitalisée il y a un an pour asthme aigu grave. Elle fume depuis 8 mois, 5 à 10 cigarettes par jour.

La patiente vous dit que depuis quelques semaines elle prenait du salbutamol plusieurs fois par jour, qu'elle était réveillée plusieurs fois par semaine et qu'elle avait du mal à monter les escaliers.

Au cours de la dernière semaine elle avait des symptômes de plus en plus fréquents.

Elle tousse et crache un peu depuis 48 heures

À l'entrée, la patiente répond aux questions en reprenant sa respiration à chaque phrase.

Sa fréquence respiratoire est à 22/min et la fréquence cardiaque à 105/min.

L'auscultation révèle des râles sibilants diffus.

Le débit expiratoire de pointe est à 270 L/min (63 % de la théorique).

La SpO_2 est à 91%

- Quel est votre diagnostic à l'admission aux urgences ?

- Exacerbation d'asthme conduisant à une crise d'asthme aigue de sévérité « modérée »
  - Facteurs de gravité : amenée aux urgences, polypnée , troubles de la parole, tachycarde
  - Mais pas extrême gravité : car peut prononcer des phrases DEP > 60 %, SpO_2 > 90%
- Facteurs favorisants : mauvaise observance, tabac, virose ?

Sévérité des crises d'asthme

Paramètres	Légère	Modérée	Sévère	Arrêt respiratoire imminent
Dyspnée	A la marche, peut s'allonger	En parlant assis.	Au repos, penché en avant	
Parle avec	Phrases	Morceaux de phrases	Mots	
Neurologique	Peut être agité	Souvent agité	Souvent agité	Confus
F Respiratoire	Augmentée	Augmentée	> 30	
Mise en jeux muscles respi accessoires	Non	Oui	Oui	Mvts paradoxaux thoraco-abdo
Sibilants	Modérés, expiratoires	Bruyant	Bruyants	Absence
F Cardiaque	<100	100-120	>120	Bradycardie
DEP après broncho-dilatateur (%prédit ou du record perso)	>80%	60-80%	<60% (<100L/min adultes) ou réponse dure moins de 2h.	
PaO2 et/ou PaCO2	Normal (test non nécessaire) <45mmHg	> 60mmHg < 45mmHg	<60mmHg cyanose possible >45mmHg	
SpO_2%	>95	91-95	<90	

2. **Comment qualifieriez vous le contrôle de l’asthme de patiente au cours des semaines qui précèdent son admission aux urgences ?**

- Asthme non contrôlé car présence de plus de deux caractéristiques de « non contrôle » de l'asthme :
  - > 2 épisodes de symptômes diurnes / semaine
  - présence d'une limitation des activités
  - présence de symptômes nocturnes
  - nécessité d'un recours à traitement de secours (β_2 agonistes) >2 fois / semaine

Critères de contrôle de l'asthme selon GINA 2006

Caractéristiques	Contrôlé	Partiellement contrôlé	Incontrôlé
Symptômes journaliers	Aucun (≤2/semaine)	> 2/Semaine	≥ 3 manifestations d'asthme partiellement contrôlé dans une semaine
Limitation des activités	Aucune	Présente	
Symptômes nocturnes	Aucuns	Présents	
Nécessité d'un recours au traitement de la gène	Aucun (≤2/semaine)	> 2/Semaine	
Fonction respiratoire (VEMS ou DEP)	Normal	< 80% de la valeur prédite ou de la valeur maximale personnelle atteinte	
Exacerbations	Aucune	≥1/an	Une dans une semaine

3. Cette patiente fait-elle partie des patients à haut risque de décès par asthme, argumentez ?

- Oui car elle :
  - A un ATCD d'hospitalisation en urgence pour asthme dans l'année passée
  - n'a pas véritablement de traitement de fond par glucocorticostéroïdes inhalés
  - a un recours quotidien aux agonistes β2 d'action rapide inhalés
  - et...elle fume

Les patients à haut risque de décès par asthme

(doivent être encouragés à consulter en urgence à chaque exacerbation).

– Il s'agit des patients :
  - Avec des ATCD d'asthme quasi fatal ayant nécessité une intubation et une ventilation mécanique.
  - Avec ATCD d'hospitalisation ou de consultation en urgence pour asthme dans l'année passée.
  - Avec traitement oral par glucocorticostéroïdes en cours ou récemment arrêté.
  - Sans traitement par glucocorticostéroïdes inhalés.
  - Ayant un recours quotidien fréquent aux agonistes bêta2 d'action rapide inhalés
  - Avec ATCD de maladie psychiatrique ou problèmes psychosociaux, dont la prise de sédatifs.
  - Avec ATCD de non compliance aux traitements de fond de l'asthme (corticoïdes inhalés++).

4. Quel traitement proposez vous aux urgences ?

1. Oxygène (le but est d'atteindre une $SpO_2 \geq 95\%$)

2. Glucocorticostéroïdes oraux (0,5 à 1 mg/kg d'équivalent prednisone / 24h)

3. Anticholinergiques en nébulisations (ne sont à ajouter qu'en 2ème intention)

4. Méthylxanthine = non recommandé dans le traitement d'urgence

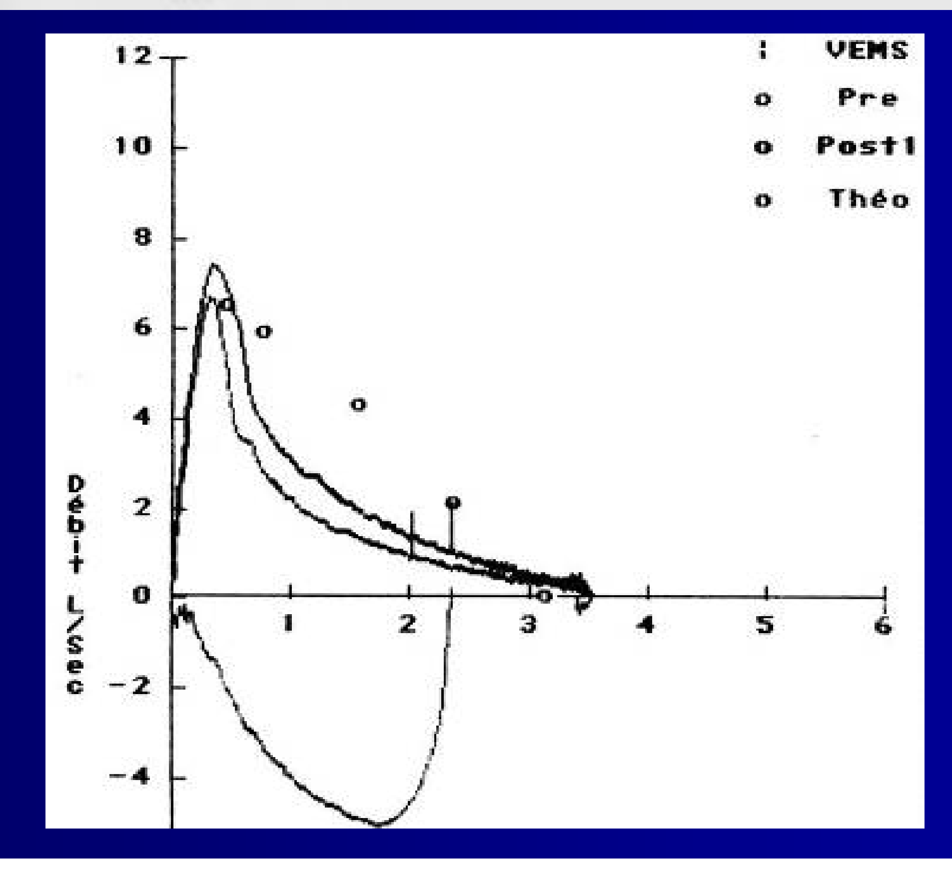
5. Quels sont les éléments de la surveillance de cette patiente aux urgences?

- Ils sont avant tout cliniques, et associent l'évaluation des symptômes
  - mise en jeu des muscles respiratoires accessoires
  - Fréquence respiratoire
  - Fréquence cardiaque
  - auscultation
  - élocution (capable de prononcer des phrases, des morceaux de phrases, des mots)
  - cyanose
- la mesure du débit expiratoire de pointe (DEP)
  - DEP théorique « moyen » (H 500-600 L/min ; F 400-500 L/min)
- le monitorage de la SpO_2
  - gaz du sang uniquement chez patients en hypoventilation/épuisés/détresse sévère/DEP à 30-50% prédit

- En raison de la bonne réponse au traitement et d'un entourage familial attentif, la sortie de la patiente a été autorisée au bout de 6 heures
  - avec un rendez-vous de consultation à J6
  - et une ordonnance pour le traitement suivant :
    - corticothérapie orale pour 6 jours
    - budésonide 200 µg, deux bouffées deux fois par jour
    - et salbutamol à la demande.
- Elle est revue six jours plus tard en consultation, elle vous dit aller beaucoup mieux et ne se plaint plus que d'une toux sèche peu invalidante.
- Son examen clinique est normal.

5. La courbe débit-volume est la suivante, interprétez ?

		PRE-BRONCHODILATATEUR			POST-BRONCHODILATATEUR		
		Mesuré	Théo.	%Théo.	Mesuré	%Théo.	%Ecart
CVF	(L)	3.51	3.18	110	3.55	112	1
VEMS	(L)	2.01	2.76	73	2.35	85	17
VEMS/CVF	(%)	57					



- Trouble ventilatoire obstructif
  - obstructif (VEMS/CV < 70% ; courbe concave typique d'un trouble obstructif).
  - modéré (VEMS > 50%),
  - réversible sous bronchodilatateur (gain de VEMS de plus de 12% de la valeur initiale et de plus de 200 ml)

7. Quel traitement lui proposez-vous pour les mois à venir ?

1. Arrêt du tabac (travail sur la motivation) car induit une cortico-résistance de l'asthme.
2. Prescription thérapeutique:

choix préférentiel d'un corticoïde inhalé à faible dose associé à un β_2-agonistes longue durée d'action = A prescrire matin et soir.

- alternatives :

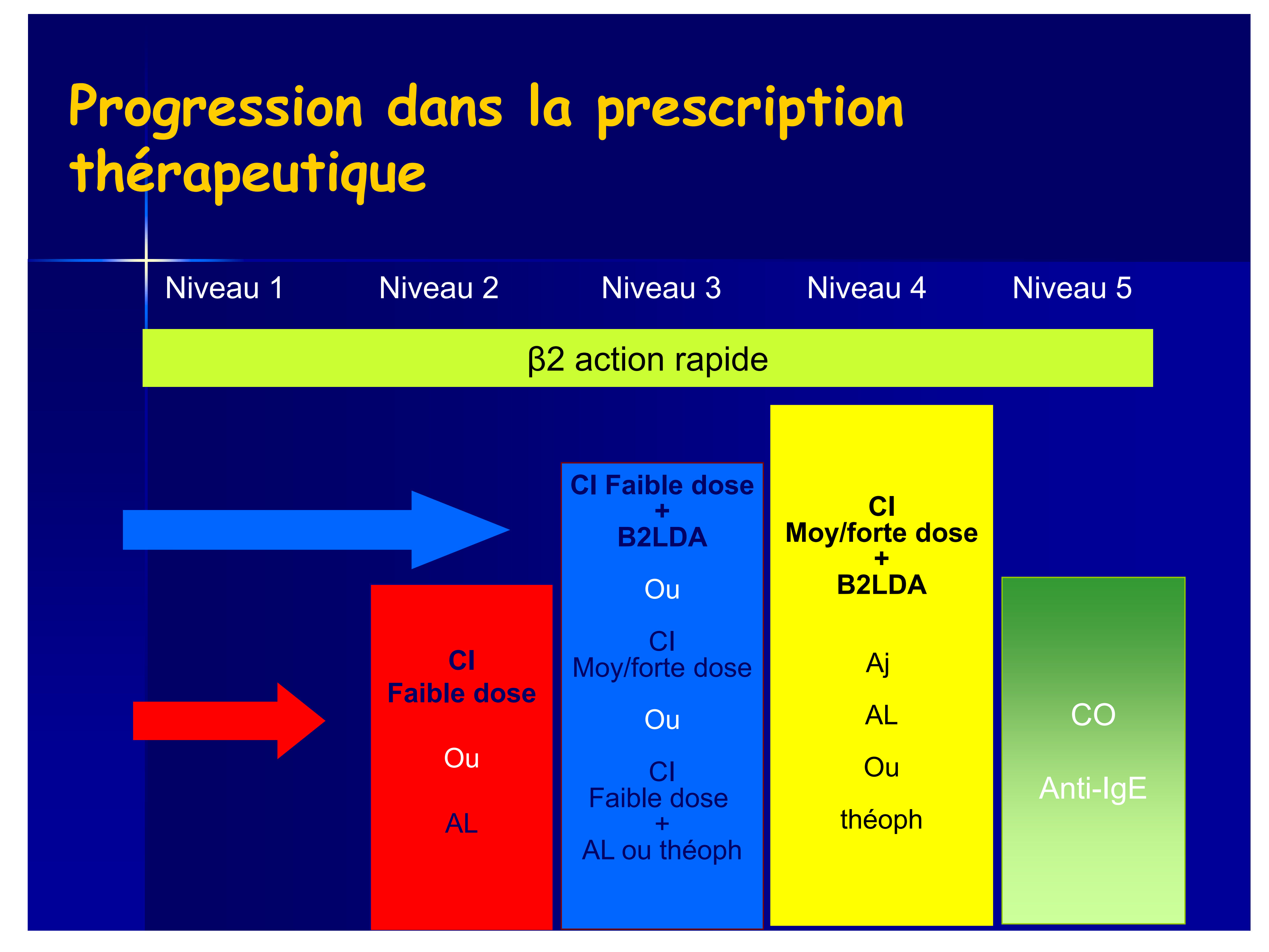
corticoïde inhalé à moyenne ou forte dose seul ou

corticoïde inhalé à faible dose associé à un inhibiteur des leucotriènes.

- d'un β_2-agoniste d'action rapide en cas de gène respiratoire

3. Éducation thérapeutique :

Apprentissage de l'utilisation de différents systèmes d'inhalation
Information concernant l'éviction allergénique.
Donner un numéro de tel de recours
Rappel si ne vient pas en consultation


Progression dans la prescription thérapeutique
Niveau 1
Niveau 2
Niveau 3
Niveau 4
Niveau 5
β2 action rapide
CI
Faible dose
Ou
AL
CI Faible dose
+
B2LDA
Ou
CI
Moy/forte dose
Ou
CI
Faible dose
+
AL ou théoph
CI
Moy/forte dose
+
B2LDA
Aj
AL
Ou
théoph
CO
Anti-IgE

Cette patiente est revue 6 mois plus tard. Elle prend son traitement à doses faibles de corticoïdes inhalés matin et soir associé à un β2-agoniste de longue durée d'action

Elle présente 2 à 3 gênes nocturnes par mois et a recours

au salbutamol 2 à 4 fois par mois.

Le VEMS est mesuré à 2,7 L.

8. Comment évaluez-vous le contrôle et la sévérité de son asthme ?

contrôle : asthme contrôlé

sévérité : asthme persistant léger

Sévérité : appréciable après au moins 6 mois de suivi

Stades	Symptômes	EFR
Intermittent	▪ < 1 fois par semaine ▪ exacerbations brèves	▪ VEMS>80% ou DEP >80% ▪ Variabilité du DEP <20%
Persistant léger	▪ < 1 fois par jour ▪ exacerbations affectant le sommeil > 2 fois / mois	▪ VEMS ou DEP >80% ▪ variabilité du DEP < 20-30%
Persistant modéré	▪ symptômes quotidiens ▪ exacerbations affectant l'activité ou le sommeil > 1 fois / sem ▪ utilisation quotidienne de B2 courte durée d'action	▪ VEMS ou DEP entre 60-80% ▪ Variabilité du DEP >30%
Persistant sévère	▪ symptômes quotidiens ▪ exacerbations fréquentes ▪ symptômes nocturnes fréquents ▪ activités physiques limitées	▪ VEMS ou DEP < 60% ▪ Variabilité du DEP >30%